



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

**ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NOS PROJETOS TERAPÊUTICOS
SINGULARES**

MARLA KATIELY DA SILVA PEREIRA

JOÃO PESSOA
AGOSTO DE 2014

MARLA KATIELY DA SILVA PEREIRA

**ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NOS PROJETOS TERAPÊUTICOS
SINGULARES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Nutrição da Universidade
Federal da Paraíba, como requisito obrigatório
para obtenção do título de Nutricionista.

**Prof. Dr. Lindemberg Medeiros de Araújo,
orientador**

JOÃO PESSOA
AGOSTO DE 2014

MARLA KATIELY DA SILVA PEREIRA

**ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NOS PROJETOS TERAPÊUTICOS
SINGULARES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, como requisito obrigatório para obtenção do título de Nutricionista.

Aprovada em ____/____/____.

Banca examinadora

Prof. Dr. Lindemberg Medeiros de Araújo
Orientador - (UFPB/CCS/DN)

Prof^a Dr^a Maria Beatriz Pragana Dantas
Membro interno - (UFPB/CCS/DN)

Paulo Ricarte Dantas Filho
Membro externo - (Nutricionista na UBSF/Renascença II/Cabedelo-PB e no Hospital de
Emergência e Trauma/ João Pessoa-PB)

A Deus que sempre esteve comigo ao longo de toda e qualquer trajetória. Ebenezer!

À memória de meu pai, Gilvandro de França Pereira.

A minha mãe, Rita de Cássia da Silva Pereira.

AGRADECIMENTOS

Julgo-me no indeclinável e prazeroso dever de tornar público o reconhecimento e a gratidão àquelas pessoas que de modo tão especial puderam contribuir, positivamente, para a consecução desta graduação.

Agradeço ao meu Bondoso Deus pelo dom da vida, por todos os benefícios que Ele já fez e tem feito por mim, por tudo que Ele tem colocado em minhas mãos e por toda a capacidade que Ele tem me outorgado para a realização de cada sonho. Por todas as conquistas e vitórias, pois, tudo vem dEle.

À minha família, por todo apoio e ajuda em todos os momentos. Em especial a minha mãe, Rita de Cássia, que, nos últimos anos, em meio a tantas dificuldades, labutou junto comigo por este acontecimento.

À memória de meu pai, Gilvandro. Esta graduação, primeiramente, foi um sonho dele.

Ao meu estimado orientador, Dr. Lindemberg Medeiros de Araújo. Sinto-me privilegiada pela confiança depositada, pelo incentivo a minha capacidade de tornar este projeto possível, por toda a ajuda concedida nos momentos mais difíceis da minha vida e também por sua amizade.

Às queridas professoras Patrícia Moreira e Fernanda Lima. Houve um tempo em que quase desisti, mas recebi delas apoio, incentivo, auxílio e amizade. Tudo isso me fortaleceu, permitindo que eu não desistisse.

À Dr. Maria Beatriz Pragana Dantas pela predisposição e assistência nos últimos meses. Grata também por sua amizade e participação da banca.

Ao nutricionista, Paulo Ricarte Dantas Filho, pela consideração e participação da banca.

Às professoras Sônia Cristina, Lúcia Maria, Jailane de Souza e Laine de Carvalho que sempre tinham uma palavra de incentivo e conforto nos tempos árduos.

Aos meus queridos amigos (as) Michelle Luna, Tiago Araújo, Mardeen Henrique, Líllian Régis, Monique Queiroz e Daniely Ramos que me acompanharam nessa trajetória desde longa data, e mesmo de longe, em determinados momentos, sempre me apoiaram quando necessitei.

Aos meus companheiros (as) de curso, em especial, aos amigos (as) Camila Melo, Maraisa Cavalcante, Celso Costa, Joquebéde Massa, Camila Ferreira, Dayane Almeida e Aline Alves.

A UBISF, por permitir que o Projeto PESC acontecesse em sua estrutura física.

Agradeço a todos que fizeram parte da construção desse sonho, seja diretamente ou indiretamente. Certamente, vocês são participantes dessa conquista tanto quanto eu.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas, ao tocar uma
alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

RESUMO

Este trabalho pretende mostrar a importância do campo da Nutrição e suas contribuições nas práticas de Atenção Básica à Saúde, mais especificamente, nos Projetos Terapêuticos Singulares (doravante PTS's), como também demonstrar que a inserção do nutricionista nos PTS's, construídos no âmbito da Atenção Básica, reforça a integralidade da atenção à saúde. O presente projeto traz uma inquietação sobre o verdadeiro papel de atuação do profissional nutricionista nos PTS's, pois este enfoca como devemos refletir e atuar, incluindo o profissional nutricionista, de maneira acolhedora em cada situação, considerando os casos clínicos apresentados, os fatores sociais, econômicos, espirituais, culturais, os recursos disponíveis no território/domicílio, as condições de higiene e de segurança e o grau de esclarecimento da família com a finalidade de melhorar o prognóstico de cada indivíduo. Dessa forma, este projeto objetiva compreender como se dá a construção das práticas de saúde, através de pesquisa/ação realizada a partir da vivência na Unidade Básica Integrada de Saúde da Família (UBISF) no bairro São José, em João Pessoa-PB, através do projeto Práticas de Extensão na Saúde Coletiva (PESC). A metodologia desenhada com base nos objetivos do PTS são: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidade e reavaliação. A vivência de acordo com a metodologia estabelecida neste trabalho permitiu apreender que ao se conhecer aspectos como: o território, as condições de moradia, como também o estabelecimento dos diálogos necessários, através dos projetos terapêuticos, considera-se possível compreender melhor as condições de vida e saúde, as relações familiares estabelecidas na família em função do adoecimento, as necessidades e os cuidados a serem tomados para o devido cuidado às pessoas doentes ou acamadas. Isto abre espaço para a inserção do nutricionista no planejamento de projetos terapêuticos singulares comprometidos com a gestão da atenção individual e coletiva.

Palavras-Chave: Atenção Básica à Saúde. Integralidade. Clínica Ampliada. Nutrição. Projeto Terapêutico Singular.

ABSTRACT

This work intends to show the importance of the Nutrition area and its contributions in the practice of Basic Attention to Health, especially, in the Singular Therapeutic Projects (henceforth STP), as well as to show that the involvement of the nutritionist in the STPs built in the Basic Attention area reinforces the integrability of attention to health. The current project brings an uneasiness about the true performance role of the nutritionist in the STPs, because it focuses on the fact that we must reflect and act, including the nutritionist, in a welcoming way in every situation, considering the clinical cases shown, the social features (economic, spiritual and cultural), the available resources in the area/houses, the hygiene and safety conditions and the degree of clarification of the family with the aim of making it better the prognosis of each individual. Thereby, this project aims at understanding how the construction of practice of health, through the research done based on the experience at the Integrated Basic Unity of Family Health (IBUFH) in the suburb of Sao Jose, Joao Pessoa-PB and through the Practice of Extension of Corporate Health (PECH). The methodology used with base on the STP objectives are: Prognosis, definition of aims, sharing responsibility and revaluation. The experience shared according to the methodology used in this work showed that when we get to know the territory, conditions of living, and some necessary dialogue is established, through the therapeutic project, it is possible to understand better the health and life conditions, the family relations established in the family towards the illness, the needs and cares to be taken to the care of the sick or bedridden. This opens space to introduce the nutritionist in the planning of singular therapeutic projects committed to the management of the individual and collective attention.

Keyword: Basic attention to health, Integrability, Expanded Clinic, Nutrition, Singular Therapeutic Project

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ABS – Atenção Básica à Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CAPS – Centros de Atenção Psicossociais

CNS – Conferência Nacional de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

MRSB – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PESC – Práticas de Extensão na Saúde Coletiva

PRONAN – Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SUS – Sistema Único de Saúde

UBISF – Unidade Básica Integrada de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 NUTRIÇÃO	14
2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E PROMOÇÃO DA SAÚDE	16
2.3 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	20
2.4 CLÍNICA AMPLIADA	24
2.5 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR	26
2.6 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR E A NUTRIÇÃO	28
3 METODOLOGIA	32
3.1 DESENHO DE ESTUDO	32
3.2 ESTRUTURA DO LOCAL DE ATUAÇÃO DO PROJETO	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
4.1 CONSTRUÇÃO DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES	36
4.1.1 CASO CLÍNICO 1	36
4.1.1.1 CONDUTA NUTRICIONAL TERAPÊUTICA	37
4.1.2 CASO CLÍNICO 2	39
4.1.2.1 CONDUTA NUTRICIONAL TERAPÊUTICA	41
4.1.3 CASO CLÍNICO 3	42
4.1.3.1 CONDUTA NUTRICIONAL TERAPÊUTICA	44
4.2 VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS	46
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

1 INTRODUÇÃO

Nos dias atuais não há mais dúvidas em relação à importância e o papel que a Nutrição desenvolve no cuidado e em especial na Atenção Básica à Saúde (doravante ABS). No Brasil, significativas transformações socioeconômicas, geográficas, políticas e tecnológicas ocorreram nos últimos 50 anos, o que gerou diversas mudanças nas relações de trabalho, e, conseqüentemente, afetou a vida e saúde dos trabalhadores, como também da população em geral.

Diante disso, tornou-se necessário buscar novas medidas que atendessem aos novos padrões de qualidade de vida das populações.

Neste sentido, a Atenção Básica (AB) pode se constituir como meio de alta relevância para o desenvolvimento social, visto que ela se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

Esse conjunto de ações, na qual a ABS está cingida, objetiva-se a desenvolver uma atenção integral que produza maior completude quanto à situação de saúde, autonomia das pessoas, nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Assim, o nutricionista insere-se no contexto em que o significado de Cuidado faz-se no seu sentido mais estrito, ou seja, a ação de cuidar vai mais além do que apenas cuidados biológicos, sendo também compreendido a partir das interações entre o estilo de vida e o ambiente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou em Alma-Ata (1978) a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, repercutindo de forma expressiva os sistemas de saúde em todo o mundo. Nessa Conferência reafirmou-se a saúde como o estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença. Nessa abordagem, a saúde seria resultado de um amplo espectro associado à qualidade de vida que, por sua vez, seria uma noção relacionada ao grau de satisfação dos indivíduos com o seu meio familiar, social e ambiental, compreendendo valores como justiça social, educação, renda, habitação, alimentação, nutrição e trabalho.

Nesse período, o Brasil passava por diversas mudanças em todos os aspectos. Houve mudanças no âmbito político, econômico, social e tudo isso refletia nas políticas e práticas em saúde. Houve época em que ocorria distinção quanto ao atendimento no que tange à atenção e à saúde para as classes sociais distintas. O que acontecia era que pessoas

consideradas de baixa renda, assim como os que não tinham um emprego formal, ficavam desassistidas, e a mercê de benzedeiros e curandeiros, ou das instituições de caridade. Já a classe alta tinha o privilégio e recursos para serem assistidos por profissionais de saúde.

É aproximadamente na década de 80 que essa realidade começa a ser transformada. Com o surgimento do movimento pela Reforma Sanitária, espalhados por todo o Brasil, os grupos que compreendiam a Saúde Coletiva em diferentes núcleos e espaços sociais, observaram a importância da criação de uma instituição organizadora dos debates nacionais. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) teve sua expansão imediata entre os profissionais de saúde. Pode-se dizer que a Reforma Sanitária brasileira nasceu a partir da luta contra a ditadura. O tema do movimento “Saúde e democracia” se fixou nas universidades, nos movimentos sindicais, populares e experiências regionais de organização de serviços.

Toda essa luta consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde. A partir daí foram discutidas alternativas necessárias na área de saúde, cujo conceito passou a ser entendido também como melhoria das condições de vida da população. Um dos temas reconhecidos como principal foi a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, tomando a saúde como direito inerente à cidadania.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde em seu relatório final aprovou as diretrizes para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentada na afirmativa de que o direito à saúde representaria a garantia de condições dignas de vida e de acesso universal.

Fruto desse movimento adveio a Constituição Federal de 1988 que no seu artigo 196 versava que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, a qual foi regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080 e 8.142) no ano de 1990. Tal lei compreende a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Tanto a Constituição, quanto as Leis Orgânicas culminaram na estruturação do SUS, inserindo a possibilidade de avanços no Cuidado e reconhecendo o direito de acesso universal à saúde a toda população.

O SUS, desde então, tem tentado se superar através de propostas programáticas de saúde que envolvem: acolhimento, vigilância e promoção da saúde, para assim construir ações que efetivem seus princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e

diretrizes organizativas (descentralização, regionalização, municipalização, hierarquização e participação social).

Vale dizer que a criação do SUS contribuiu para a promoção à saúde do usuário. Baseado nos princípios e diretrizes já citados, estabeleceu-se a Atenção Básica como estratégia principal para alcançar os objetivos traçados universalizando o acesso aos serviços. Todavia, apesar de o processo de criação e construção do SUS ter proporcionado tais avanços na assistência, esses conceitos ainda estão sendo constituídos na prática e estruturados por uma complexa rede de relações na busca de melhorias para os usuários.

Partindo dos avanços ocorridos na trajetória de construção e estruturação do modelo de atenção à saúde, considera-se destaque entre as ações significativas: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a Estratégia Saúde da Família (ESF), a Clínica Ampliada, a Humanização e o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Tais movimentos corroboram as práticas de cuidado em saúde.

Caminhando nesse processo, a perspectiva deste trabalho considera, dentre estes movimentos supracitados, o PTS como um instrumento imprescindível para a promoção da saúde do usuário, devido à construção do PTS voltar à atenção para a formulação de estratégias, ou seja, para a definição de um novo perfil assistencial e para a organização de novas ações de saúde.

Por conseguinte, este trabalho ressalta o valor da inserção do nutricionista nas estratégias da ABS, mais precisamente nos PTS's, visto que o mesmo desenvolve um papel necessário na equipe interdisciplinar, por atuar através de diferentes olhares, saberes e fazeres, proporcionando um trabalho pautado além do processo saúde-doença, considerando os aspectos sociais, físicos e psíquicos dos usuários, para que se alcance a integralidade do cuidado.

A partir do exposto, este trabalho permeará os registros de vivência na Unidade Básica Integrada de Saúde da Família (UBISF) no bairro São José, em João Pessoa-PB, através do projeto Práticas de Extensão na Saúde Coletiva (PESC)¹.

A sistematização da experiência deu-se nos momentos em que eram realizadas as Visitas Domiciliares (VD) para a construção dos PTS's, com os objetivos de promoção na

¹ O PESC é uma modalidade de Extensão da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que se articula de forma indissociável com o ensino e a pesquisa e destina-se à complementação da formação teórico-prática e cidadã de estudantes de graduação das áreas de saúde, introduzindo-os o mais precocemente possível nas suas áreas de trabalho. O projeto tem como meta introduzir graduandos na construção conjunta de processos de qualificação da Atenção Básica nos territórios de abrangência da UBISF.

saúde, fortalecimento do elo entre a comunidade e o serviço, orientação da comunidade para utilização adequada do serviço e utilização dos conhecimentos populares de saúde em benefício da comunidade. Neste sentido, a presença do nutricionista reforça a integralidade da Atenção.

O objetivo geral deste trabalho faz-se a partir da discussão quanto ao valor da atuação do nutricionista no PTS e os objetivos específicos considerados se dão da seguinte forma: constatar a magnitude do PTS, destacar o PTS como espaço de reforço da integralidade na atenção à saúde, evidenciar a importância da inserção da nutrição nos PTS's construídos no âmbito da Atenção Básica e destacar a importância da atuação do nutricionista nos PTS.

Portanto, o questionamento que perpassará em todo trabalho é: quais as possíveis contribuições do nutricionista nos Projetos Terapêuticos Singulares?

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 NUTRIÇÃO

No panorama mundial, enquanto política social ou profissão, o desenvolvimento da Nutrição é um episódio recente que data do início do século XX. Os primeiros centros de estudos, pesquisas, cursos para formação de profissionais especialistas e agências condutoras de medidas de intervenção nutricional foram fundados no período entre as duas Guerras Mundiais, nos países europeus, norte-americanos e posteriormente latino-americanos. Na América Latina, foi o médico argentino Pedro Escudero quem influenciou de maneira expressiva a estruturação da Nutrição. Foi no ano de 1926, que Pedro Escudero criou o Instituto Nacional de Nutrição, a Escola Nacional de Dietistas da Universidade de Buenos Aires, o curso de médicos “dietólogos”, e as leis intrínsecas pelas quais a nutrição é regida.

Vasconcelos (2002) registra que o saber sobre a alimentação da população brasileira começou a despontar, de forma mais sistematizada, dentro do campo do conhecimento médico, através das teses apresentadas as duas faculdades de Medicina existentes até então no país.

A Nutrição no Brasil teria surgido no emanar dos anos 1930-1940, como parte integrante do projeto de modernização da economia brasileira, conduzido pelo chamado Estado Nacional Populista cuja conjuntura histórica demarcou a implantação das bases para a consolidação de uma sociedade capitalista urbano-industrial no país. Nascendo, assim, a figura do nutricionista em um contexto social com modo de produção capitalista e com funções voltadas para as determinações estatais (DEMETRIO et al, 2011).

No Brasil e suas diferentes macrorregiões, o reconhecimento da situação nutricional, embora restrito a dados antropométricos, ficam dispostos somente em 1976, ano em que foi criado o primeiro modelo de uma política social com dimensão nacional, o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), que esquematizava o combate às carências específicas, suplementação alimentar, alimentação do trabalhador, do pequeno produtor rural e de apoio à realização de pesquisas e capacitação de recursos humanos.

A partir de então, a cada década eram realizados inquéritos que utilizavam o estado calórico-protéico como paradigma da situação nutricional, os quais possibilitaram analisar com gratificante segurança, as tendências evolutivas do cenário nutricional.

Neste sentido, o marco importante foi a Declaração Universal dos Direitos Humanos, quando reconheceu a necessidade de uma alimentação adequada para se ter uma vida ativa e saudável, registrando que a alimentação e a nutrição exprimem direitos humanos essenciais, por serem requisitos básicos para proteção e promoção da saúde, corroborando desse modo o potencial de crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de vida e cidadania.

Pode-se observar que ao longo das últimas décadas houve um declínio na ocorrência do estado de desnutrição em crianças e adultos num ritmo bastante acelerado. Simultaneamente, houve o aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade na população brasileira. Essa transição epidemiológica (e nutricional) evidencia mudanças mais abrangentes no perfil de morbi-mortalidade e demonstra modificações mais gerais nos ecossistemas de vida coletiva.

Filho e Rissin (2003) destacam os ecossistemas de vida coletiva como sendo habitação e saneamento, hábitos alimentares, níveis de ocupação e renda, dinâmica demográfica, acesso e uso social das informações, escolaridade, utilização dos serviços de saúde, aquisição de novos estilos de vida e outros desdobramentos. Os autores também destacam que, as grandes mudanças registradas nos indicadores do estado nutricional da população brasileira decorrem de variáveis não referidas ao desempenho da economia: a redução substancial da natalidade, a melhoria do saneamento básico, a proteção contra as doenças infecciosas e, notadamente, a prevenção específica de agravos imunopreviníveis, a elevação do nível de escolaridade das mães, as modificações nos perfis de consumo alimentar e o acesso às ações básicas de saúde, principalmente nas aglomerações urbanas.

A profissão de nutricionista teve origem nos hospitais, no apoio ao médico na elaboração de dietas, constituindo assim uma prática curativa individual.

Quanto a isso Navolar et al. (2012) discorrem que a ciência da Nutrição está inserida no modelo biologicista, com foco na doença e no risco, fazendo com que parte de suas práticas estejam direcionadas às intervenções de caráter interventivo e restritivo, as quais deturpam o conceito de educação alimentar transformando-a em prescrições de suplementos nutricionais e medicamentos.

O modelo racional e restritivo das intervenções alimentares pode ser entendido como um processo de racionalização e medicalização da dieta. Deste modo, a interface Nutrição-Saúde Coletiva ou Pública é um tema hodierno que vem ganhando crescente importância na área da saúde uma vez que o envolvimento de aspectos alimentares e

nutricionais nos problemas crônicos de alta morbi-mortalidade torna-se um fator consideravelmente notável.

A transição nutricional assumiu um perfil singular no Brasil. Sobrepostos, o país convive com perfis nutricionais distintos sem equacionar satisfatoriamente os problemas alimentares relacionados à carência absoluta de alimentos. A permanência das anemias carenciais, a evolução da desnutrição e o incremento da obesidade e dos agravos relacionados a ela são perceptíveis. Tal delineamento tem exigido dos profissionais nutricionistas uma reflexão mais aprofundada de seu papel enquanto agente ativo nesse processo.

Neste âmbito, a proposta de promoção à saúde sugere um caminho promissor para o campo da alimentação e nutrição. Tal proposta de promoção à saúde torna-se indispensável por ser uma estratégia que atua sistematicamente nos diferentes setores e atores sociais, nos quais perpassam questões como: modelo de saúde sob o enfoque da integralidade; articulação de saberes técnico e popular; capacitação dos indivíduos; parcerias nas ações; intersetorialidade de órgãos públicos e privados; reforço à ação comunitária; educação popular; cidadania; ética pública; entre outros (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

A Nutrição em Saúde Pública enfoca os aspectos da alimentação e nutrição relacionados ao bem-estar de saúde das populações. O interesse no estudo da nutrição humana por parte dos profissionais de saúde pauta-se na influência que os fatores nutricionais, seja por deficiência ou por excesso, exercem no perfil de morbi-mortalidade das nações. A complexidade dessas relações constitui ainda um grande desafio que exige maior entendimento das suas bases epidemiológicas, e abordagem integrada de aspectos biológicos, ambientais, comportamentais e políticos. Outros aspectos destacados são a importância da alimentação e nutrição como área prioritária para as políticas saudáveis e o caráter intrinsecamente integral e de cidadania da segurança alimentar e nutricional, revelando a necessidade da avaliação qualitativa e quantitativa das políticas e programas de alimentação e nutrição. Sem dúvida, o tratamento dado ao papel do nutricionista e das ações de alimentação e nutrição na atenção à saúde é destacável. (PEDRAZA, 2013).

2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E PROMOÇÃO DA SAÚDE

A história da atenção à saúde é marcada por acontecimentos desenrolados, simultaneamente, em nível mundial e nacional. Na década dos anos 80, por exemplo, no momento em que fora do país estava sendo realizada a Primeira Conferência Internacional

sobre Promoção da Saúde em Ottawa, onde o termo Promoção de saúde recebeu ênfase, no Brasil acontecia o movimento pela reforma no sistema de saúde, tendo como pressupostos, princípios para uma reforma democrática do Estado. Este movimento, que na verdade, já remontava a década dos anos 70, culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Ambos os acontecimentos visavam a um mesmo propósito: buscar e promover saúde para que desse modo, houvesse uma melhoria na qualidade de vida dos seres humanos.

No plano internacional, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde deu-se em resposta a um movimento que buscava renovar a concepção mundial de saúde pública fazendo com que emergisse a promoção à saúde. O termo Promoção da Saúde refere-se ao envolvimento entre os diversos setores da sociedade, os quais devem realizar parcerias na tentativa de buscar soluções para os problemas de saúde da comunidade. Porém, isto só se torna possível a partir de uma combinação de estratégias que incluem as ações do Estado, da comunidade, dos indivíduos e do sistema de saúde (SOUZA et al., 2005).

No Brasil, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, o movimento de promoção da saúde também assumiu lugar de destaque através do surgimento do relatório final que dizia que o direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. Tal Conferência teve uma ampla participação popular, e também aprovou as diretrizes para a criação do SUS.

A reforma no sistema de saúde, embasada nos princípios da reforma democrática do Estado culminou com o sucesso na Constituição Federal Brasileira, na qual reforçou o tema de promoção à saúde ao declarar no seu artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A partir desses rumos tomados, a existência legal do SUS gerou densa e complexa teia de experimentos normativos, programáticos e operacionais que dizem respeito aos modelos de atenção, de gestão, da prestação de serviços, do trabalho na saúde, do financiamento e da participação social.

Foi a partir da emergência do estabelecimento definitivo do SUS que a população brasileira passou a ter direito a uma atenção à saúde universal e gratuita. Por ser um sistema público, o SUS abrange várias ações e políticas que atuam como Promoção da Saúde, que, por

sua vez, o SUS consiste em programas, planos e políticas de saúde voltadas à proteção dos indivíduos, considerando a exposição a fatores condicionantes e determinantes de doenças.

O SUS está embasado nos seguintes princípios e diretrizes básicos: acesso universal e igualitário a ações e serviços; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada e descentralização, cujas ações de saúde devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda a princípios como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 2007).

Durante todo o período da década de 90 também emergem novos acontecimentos no SUS. No ano de 1990 ocorre a incorporação da noção ampla de saúde dentro do contexto da promoção pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142 que regulamentam os serviços, a participação da sociedade e as bases de funcionamento do SUS. Segue-se em 1992 além dos eventos Cúpula da Terra e Rio 92: Agenda 21, em que se discutiu o tema dos ambientes saudáveis, a discussão sobre a descentralização e municipalização da saúde, onde os municípios teriam condições e autonomia para fiscalizar e exigir, se necessário, a sintonização do sistema de saúde com a realidade do município. Em 1994, ocorre a estruturação da saúde da família com equipes multidisciplinares atuando nas comunidades. (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007)

O SUS dispõe de um conjunto de ações e serviços para cumprir o artigo constitucional sobre promoção, proteção e defesa do direito à saúde da população brasileira. Esses serviços e ações visam garantir o acesso de todos à atenção integral de modo equitativo. Dessa maneira, ele avança de forma consistente na consolidação da rede de cuidados regionalizada, hierarquizada e integrada.

O Ministério da Saúde discorre que a rede de serviços do SUS constitui-se num espaço privilegiado para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência, bem como para a orientação às famílias, independente de raça/etnia, sexo, diversidade cultural e religiosa, e orientação sexual, dando igual tratamento às pessoas com deficiências, dentre outras peculiaridades. No espaço do território, o SUS dialoga com os sistemas de proteção social, justiça e direitos

humanos, segurança pública, entre outras políticas, a fim de planejarem, conjuntamente, as ações que melhor atendem as necessidades desse público (BRASIL, 2010).

Um caminho para o alcance da atenção integral ou a integralidade da atenção é a Linha do Cuidado. A Linha do Cuidado é uma estratégia para a ação, isto é, proporciona a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas de garantia de direitos, proteção e defesa.

Na concepção de Ayres (2004), o Cuidado, no contexto da saúde, deve estar relacionado a uma prática humanizada e integral, articulada com um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear, a relação entre o paciente e o profissional de saúde. Ayres ainda diz que:

No plano operativo das práticas de saúde é possível designar por Cuidado uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial. A responsabilidade assume relevância para o Cuidado em saúde em diversos níveis, desde aquele de construção de vínculos serviço-usuário, de garantia do controle social das políticas públicas e da gestão dos serviços. É preciso que cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interroguem acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos (AYRES, 2004, p. 27).

Mesmo estando embasada em uma teoria científica, a prática em saúde é consideravelmente dependente dos valores morais, éticos, ideológicos e subjetivos dos profissionais, envolvendo interpretação, ajuizamento e decisão pessoal na aplicação do saberes e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução. Esse resultado assevera que esta é uma estratégia promissora para conhecimento científico às situações concretas e singulares. Isto dá característica às representações sociais de cada indivíduo na prática cotidiana.

Ao tratar sobre saúde pública, Facchini et al. (2006), revelam que torna-se essencial a avaliação de políticas e programas, pois tal avaliação contribui para os esforços em busca de uma sociedade mais saudável, e previne o desperdício de recursos com a implementação de programas ineficazes.

O enfoque da promoção da saúde é uma diretriz que tem norteado o processo de implantação e consolidação do SUS. Este enfoque está centrado no indivíduo e projetado para a família ou grupos sociais que, ao partir de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação e reflexão sobre estes como forma de enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos.

Buss (2000) acredita que os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Ele cita como exemplo, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito.

O ponto de vista de Machado et al. (2007) no que diz respeito à promoção da saúde é que sua responsabilidade não se restringe ao setor saúde, mas se constitui de uma integração entre os diversos setores do governo municipal, estadual e federal, os quais articulam-se através de políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais aos seres humanos. Os autores discorrem sobre o conceito de Promoção da Saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Neste sentido, a promoção à saúde insere a sua práxis, virtudes como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria que se constituem numa combinação de estratégias, envolvendo o Estado, a comunidade, a família e indivíduo.

Fadel et al. (2009) exprimem que são inúmeras e constantes as tentativas de ampliação de mecanismos que levem à otimização dos serviços públicos de saúde e ao acesso dos usuários a todos os níveis de atenção do sistema, mas apesar de crescentes, as estratégias que consolidam o SUS assumem forte complexidade ao considerarem as enormes desigualdades geográficas, culturais e socioeconômicas que há tempos permeiam o país.

Silva et al. (2013) concluem que ao introduzir no sistema de saúde novas racionalidades, como o princípio da integralidade, pressupõe-se que o profissional de saúde mude sua prática desenvolvendo um olhar novo para o doente, para o colega de trabalho e para si mesmo, com vistas a ir além da realização de atos formais. Isso também pressupõe a instituição dos espaços de encontros e de trocas que fortaleçam a articulação da ação e integração entre os profissionais.

2.3 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O termo Atenção Básica à Saúde é designado como o primeiro nível de atenção à saúde. Está sustentado no princípio da integralidade e compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. A

atenção básica é considerada como uma ação expressa do SUS com seus princípios e diretrizes organizativas, incluída pelo programa Estratégia Saúde da Família que, desde a sua origem, consubstancia um jeito de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

Caracterizada por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, a ABS objetiva desenvolver uma atenção integral que provoque o impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Mas para que isso aconteça, a ABS deve abranger promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

No Brasil, o Ministério da Saúde considera a premissa de que a Atenção é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

A ABS é desenvolvida pelas práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando os critérios de risco, a vulnerabilidade, a resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012).

Favoreto (2008) entende que mais do que um conceito ou uma temática, a integralidade assume a função de uma lente que amplia o olhar sobre o planejamento do sistema de saúde, a estruturação dos serviços e a organização de suas práticas. A integralidade estabelece-se como uma imagem objetiva que promove novos patamares para a abordagem das questões da saúde seja em relação à definição de estratégias de expansão de serviços de saúde ou de mudanças do modelo assistencial e de suas práticas. Reitera, por outro lado, que a integralidade baliza este olhar sobre a realidade por estar, em essência, referenciada nos

princípios políticos e ideológicos relacionados à cidadania em suas prerrogativas como a universalidade e equidade do acesso e da atenção.

A importância de abordar a assistência de forma integrada está fundamentada na articulação de todos os passos na produção do cuidado e no restabelecimento da saúde. Propõe-se mapear a integralidade da assistência pelo acompanhamento da linha do cuidado, evitando-se assim a sua fragmentação. Cada usuário deverá ser acompanhado segundo determinado projeto terapêutico instituído, comandado por um processo de trabalho cuidador, e não por uma lógica indutora de consumo (MACHADO et al., 2007).

A qualificação e a capacitação do profissional são alguns dos caminhos e desafios para se alcançar maior qualidade dos serviços de atenção à saúde. Cotta et al. (2006) considera essa afirmação dizendo que os profissionais de saúde devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade e de articular os diversos setores envolvidos na promoção à saúde. Conhecer o perfil desses profissionais permite adotar medidas em prol de sua qualificação e melhor desempenho, para uma assistência sanitária mais adequada à população.

Foi pensando em como prestar uma assistência qualificada e capacitada, com a pretensão de originar algo que pudesse contribuir para a melhoria na qualidade do serviço de saúde prestado e ainda pensando em uma maneira de reorganização da atenção à saúde que, a Estratégia Saúde da Família foi criada e, ao mesmo tempo, marcada por inquietações e críticas à sua proposta logo nos primeiros anos de sua existência.

Contudo, apesar da grande polêmica gerada no campo da Saúde Coletiva, por ocasião da implantação do programa ESF no Brasil, observa-se que cotidianamente essa estratégia vem se afirmando como um processo capaz de contribuir para a mudança do modelo assistencial no SUS. Essa afirmativa se confirma a partir do desenvolvimento da ABS em vários municípios brasileiros, uma vez que, a ESF passou a ser considerada como uma estratégia de reestruturação do sistema de saúde, num sucessivo acréscimo de novas proposições, normatizações, modalidades de incentivo através de financiamento e consolidação de práticas inovadoras e exitosas.

Nesse âmbito, Araújo e Rocha (2007) discorrem que a ESF tem o propósito de buscar um novo modelo de atenção, baseado na promoção da saúde uma vez que ela tem como pressupostos a ação de colocar em prática os princípios do SUS. A ESF tem como elementos centrais o acolhimento como porta de entrada, o trabalho com adscrição de clientela, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional.

Caminhando nesse sentido, Sousa e Hamann (2009) asseguram que desde que a ESF foi originada e mediante a ampliação do acesso, da qualificação e reorientação das práticas de saúde, que essa estratégia foi concebida como veículo de reorganização e fortalecimento da atenção básica. O movimento de ampliação da Estratégia Saúde da Família demonstrou uma progressiva adesão dos gestores municipais e estaduais, maiormente, no cofinanciamento, através da criação de incentivos estaduais.

De acordo com os preceitos do SUS, a Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica. Essa estratégia é tida pelo Ministério da Saúde e gestores como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

A ESF apresenta-se como possibilidade de reestruturação dos serviços e de novas práticas de intervenção na atenção à saúde, visando à substituição ao modelo tradicional de assistência, centrado no hospital e orientado para a cura de doenças.

Nesta perspectiva, Rodrigues et al. (2008) expõem que o foco de atenção está centrado na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes de saúde, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. Nessa concepção, a comunicação constitui-se como um importante instrumento para humanizar o cuidado em saúde no Programa Saúde da Família.

Vale salientar que a estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais por si só, não garante uma ruptura com a dinâmica médico-centrada; para tanto, há necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional. Araújo e Rocha (2007) proferem que nessas equipes, os elementos que configurariam uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde precisam ser identificados. A abordagem integral dos indivíduos e famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.

Goulart e Chiari (2010) asseguram como instrumentos poderosos para mudança, a reforma da atenção no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários,

bem como no de explicitar com clareza a responsabilidade sanitária. A construção de organizações que estimulem os operadores a considerar que lidam com outras pessoas durante todo o tempo, e que estas pessoas, como eles próprios, têm interesses e desejos com os quais se devem compor. É um caminho forte para se construir um novo modo de convivência.

Rodrigues et al. (2008) ressaltam que a potencialidade para a mudança advém do conteúdo estratégico, que, por sua vez, permite, com a extensão das ações para e com a comunidade, o rompimento do comportamento passivo dentro das unidades básicas de saúde. Tal dinâmica possibilita o desenvolvimento do trabalho em equipe, a responsabilização sobre um território, os vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre serviços de saúde, profissionais e população.

Um desafio que o Brasil vem enfrentando atualmente é dotar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da infraestrutura necessária para este atendimento. As UBS's devem ser instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem. Elas desempenham um papel central para a população, garantindo o acesso a uma atenção à saúde de qualidade.

O programa ESF pode significar um processo marcado por mudanças na atenção à saúde resgatando conceitos fundamentais de vínculo, humanização e outros. Conclamando assim para a construção de uma nova maneira de operar a saúde, isto é, aponta para a produção do cuidado com vistas à implantação de um desenho de saúde humanizado, o que requer considerar a singularidade e a subjetividade de cada sujeito no processo diagnóstico-terapêutico, incluindo as dimensões subjetivas e sociais envolvidas no adoecimento.

2.4 CLÍNICA AMPLIADA

A clínica tem sido influenciada por novos contextos e expectativas de atenção à saúde, provocados pelas transformações estruturais no modelo assistencial do SUS. Um fato comprovado é que a atuação dos profissionais de saúde não pode restringir-se apenas aos aspectos biomédicos. Quando se considera a complexidade dos fatores envolvidos no adoecimento, verifica-se que se faz necessário ampliá-los, visto que, as pessoas não se limitam às expressões das doenças das quais são portadoras. A dependência dos usuários dos serviços de saúde evidencia a complexidade dos sujeitos que utilizam os serviços e os limites da prática clínica centrada na doença. Indubitavelmente, é indispensável a presença de uma clínica que corresponda satisfatoriamente às necessidades desses sujeitos.

Caminhando no âmbito de ter um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular, foi que se planejou o que se denomina clínica ampliada. A clínica ampliada assume a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; reconhece os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e busca ajuda em outros setores, agregando outros conhecimentos produzidos nestes. A clínica ampliada também assume um compromisso ético profundo, o que exige dos profissionais de saúde um exame permanente dos próprios valores e dos valores que estão em jogo na sociedade (BRASIL, 2007).

Conforme Hafner et al. (2010) explanam, a clínica ampliada pode ser entendida como a transformação da atenção individual e coletiva, de forma a possibilitar que aspectos do sujeito, além do biológico, sejam compreendidos e trabalhados pelos profissionais. Também visa à produção de saúde nos distintos meios curativos, preventivos, de reabilitação e cuidados paliativos; e do mesmo modo, a expansão do grau de autonomia do usuário, família e da comunidade. Nessa possibilidade, a autonomia dos usuários seria ampliada a partir de ações de promoção, tornando-os mais capazes de compreender as inerentes necessidades de saúde, entendendo seus agravos e participando como corresponsáveis no processo de produção de saúde.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2007) avigora que o profissional da clínica ampliada carece de um olhar clínico ampliado e reforça:

Para que se realize uma clínica adequada é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso, abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção, e é possível propor tratamentos muito melhores com a participação das pessoas envolvidas. Portanto, a Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida (BRASIL, 2007, p. 10,16).

Rodrigues et al. (2008) definiram a clínica ampliada como meio necessário nos serviços de saúde, uma clínica para além da doença, da pessoa e de seu contexto, que fosse responsável tanto pela cura e reabilitação quanto pela prevenção e proteção individual e coletiva. Uma clínica que conseguisse compreender de forma ampliada o processo de adoecimento e sofrimento do usuário e elaborasse projetos terapêuticos singulares com ações visando intervenção nas diversas dimensões relacionadas ao sofrimento e ao adoecimento. Enfim, uma clínica comprometida com o cuidado e produção de saúde e de vida.

Uma estratégia que surgiu para corroborar e prestar assistência às ações da clínica ampliada foi a Humanização da Atenção. A humanização é uma estratégia submissa aos seus atores, ela depende de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso. O ato de humanizar se expressa no reconhecimento do valor do usuário dos serviços de saúde como alguém capacitado para executar sua autonomia, rompendo com o conceito antigo da lógica da caridade, compreendendo a possibilidade de dar condições para que o usuário seja participante no processo terapêutico. Portanto, a humanização da gestão no SUS torna-se uma prioridade urgente.

No Brasil, a definição de humanização, no sentido de alcançar sua maior integralidade, efetividade e acesso, ocupa um lugar proeminente nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde. A humanização lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. A Política Nacional de Humanização, publicada em 2004 defende como metas a serem atingidas um atendimento resolutivo e acolhedor que, combate a despersonalização a que são submetidos os usuários dos serviços, garante-lhes seus direitos instituídos, além de assegurar educação permanente aos profissionais bem como a participação nos modos de gestão (GOULART; CHIARI, 2010).

A crescente autonomia dos sujeitos em relação à saúde, visando à reorientação das relações entre profissionais de saúde e usuários, tem passado por abundantes transformações. Comprova-se que nas duas últimas décadas, a construção social da saúde baseava-se no fortalecimento do cuidado, da promoção à saúde, na ação intersetorial e na interdisciplinaridade. Isso tem gerado a necessidade de estender a óptica clínica. Ampliar e compartilhar a clínica no plano da saúde coletiva é construir processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa e negociada. Todas essas práticas resultam nas construções dos projetos terapêuticos singulares.

2.5 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação

integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários (BRASIL, 2007).

O PTS é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (BRASIL, 2007).

O Projeto Terapêutico Singular desenvolve-se em quatro momentos considerados cruciais para que ocorra a sua realização. São eles: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidade e reavaliação.

No diagnóstico, a equipe procura compreender como o sujeito singular se coproduz diante da vida e da situação de adoecimento. Como operavam os desejos e os interesses, assim como o trabalho, a cultura, a família e o meio social. Na fase da definição de metas, a equipe trabalha as propostas de curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o sujeito “doente” e as pessoas envolvidas. Na divisão de responsabilidades, são definidas as tarefas de cada um com clareza. Essa estratégia serve para favorecer a continuidade e articulação entre formulação, ações e reavaliações. E, finalmente, a reavaliação que é o momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções dos rumos tomados.

Uma atenção especial deve estar voltada para as potencialidades e as vitalidades do sujeito. Uma função também importante desse momento é produzir algum consenso operativo sobre quais os problemas relevantes tanto do ponto de vista dos vários membros da equipe quanto do ponto de vista do(s) usuário(s), é muito útil na construção do PTS investir nas explicações, na genealogia dos eventos e das pessoas. Ainda é forte o hábito na clínica dos profissionais de saúde de restringir-se somente aos problemas e dificuldades; enquanto que, buscando as potencialidades, é mais fácil encontrar aliados para o Projeto Terapêutico (BRASIL, 2009).

De acordo com Mângia et al. (2006) a construção do projeto terapêutico não é formalizada e inicia-se no acolhimento quando é dado o primeiro direcionamento ao atendimento. Posteriormente, é discutida nas reuniões semanais da equipe e, também, de modo informal, pelos profissionais mais envolvidos no atendimento ao usuário. Em geral, na construção de um projeto terapêutico pensam-se nas necessidades, interesses e habilidades do

usuário e no que ele poderia usufruir. O projeto terapêutico deve ter sentido para o usuário e ser adequado ao seu contexto e momento de vida.

Em geral, a proposição inicial do projeto terapêutico é feita pelo profissional que atendeu o usuário no acolhimento. Muitas vezes esse mesmo profissional acompanha a execução do projeto terapêutico, e, gradativamente, o usuário é incluído nesta elaboração, podendo escolher e experimentar algumas atividades, como também tratar de assuntos que vão de encontro às suas necessidades. Nota-se, também, a preocupação dos profissionais em estabelecer um vínculo com o usuário e inseri-lo no tratamento, tornando-o corresponsável pelo projeto terapêutico. Os profissionais consideram importante criar um campo de confiança, de credibilidade, de validação do relato do usuário, e sustentar o seu projeto de vida (MÂNGIA; CASTILHO; DUARTE, 2006).

A construção de um Projeto Terapêutico Singular pressupõe a participação coletiva e uma concepção de sujeito que contemple os aspectos biopsicossocial, espiritual e cultural. Com base nas discussões clínicas conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas (consultas, visitas domiciliares, entre outras ações), os profissionais de saúde podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos (PINTO et al., 2011).

2.6 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR E A NUTRIÇÃO

Nos dias atuais, a nutrição constitui-se em uma ciência multidisciplinar, caracterizada pela reunião das dimensões biológica, social e ambiental. Trabalhadores e profissionais da saúde pública vêm repensando estratégias de ação e produção do cuidado que contribuam para melhorar a qualidade dos serviços. Por esse motivo, buscam a concretização de metas como: a humanização da saúde e o atendimento integral, uma vez que tais realizações culminariam no êxito do Projeto Terapêutico Singular (VASCONCELOS, 2010).

Uma prática de saúde humanizada requer compromisso de todos os que estão envolvidos na atenção. Espera-se que no momento do encontro entre usuário e profissional, este consiga captar as necessidades singulares de saúde do usuário, de modo que haja uma escuta qualificada, findando na construção de um novo modelo de saúde.

Rodrigues et al. (2008) registraram que a construção de um novo modelo de saúde humanizado, pressupõe a ampliação da dimensão cuidadora, no sentido de desencadear

processos melhores partilhados dentro da equipe de saúde e também entre os profissionais e usuários, para que se garanta o vínculo e a co-responsabilização. Isso implica em acolher o outro, oferecer espaço para a fala e para o diálogo, no estabelecimento de vínculo e de laços de confiança; resultando em uma maior capacidade diagnóstica e de efetividade da intervenção terapêutica.

Para que os propósitos do PTS sejam atingidos, o trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Para a execução do trabalho e construção do projeto terapêutico, os profissionais utilizam vários referenciais teóricos, sem a predominância de nenhum deles. Percebe-se que ocorre a combinação entre referenciais a partir de dois eixos principais: o da formação técnica específica dos profissionais e o das diretrizes do SUS. É necessário também, que os profissionais estabeleçam uma relação de confiança com o usuário, reconheçam as suas necessidades, e, periodicamente, avaliem se o projeto terapêutico é dinâmico, flexível e aberto às modificações. Para isso, é importante, perceber seus propósitos, distinguir as dificuldades de cada interação e intervenção, avaliar o seu desempenho, refletir e analisar se as ações estão ajudando o usuário a atingir uma melhor qualidade de vida. Mais do que a superação da crise, o pilar de construção de um projeto terapêutico deve ser a vida (MÂNGIA et al., 2006).

Visando melhorar a qualidade de vida dos usuários, Rodrigues et al. (2008) consideraram que os projetos terapêuticos devem direcionar-se também para a construção da autonomia do usuário, contribuindo para aumentar a sua capacidade de enfrentamento dos problemas de saúde a partir de suas condições concretas de vida, o que os tornará capazes de instituir novos modos de vida e protagonizar a produção da saúde. Isso significa possibilitar o conhecimento sobre o processo saúde-doença-restabelecimento, dialogar com os saberes, os desejos e valores do usuário na construção dos cuidados à saúde.

O PTS incorpora a noção interdisciplinar recolhendo a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões, incluindo o nutricionista. Assim, após uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe multiprofissional, denominada equipe de referência. Assim, as equipes de referência empreendem a construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e usuário/família. Cada profissional de referência acompanhará

as pessoas ao longo de todo o tratamento naquela organização, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio, caso necessário, e, finalmente, assegurando a alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema (SILVA et al., 2013).

Para Santos et al. (2008), a formação dos profissionais com uma percepção de prevenção e uma visão mais ampliada de mundo, talvez seja, na realidade, um dos desafios que o ensino na área de saúde enfrenta, visto que, o processo educativo está intimamente relacionado às subjetividades individuais de cada profissional. Embora embasada em uma teoria científica, a prática em saúde é profundamente dependente dos valores morais, éticos, ideológicos e subjetivos destes profissionais, envolvendo interpretação, ajuizamento e decisão pessoal na aplicação do conhecimento científico às situações concretas e singulares; caracterizando assim as representações sociais de cada indivíduo na prática cotidiana. Pressupõe-se que o ensino deva favorecer a prática de condutas corretas e oportunizar atividades pertinentes às necessidades do exercício profissional.

Levando-se em consideração as transformações que vêm acontecendo na ABS, a complexidade inerente ao sistema de saúde e os progressos para o campo da saúde, em especial da nutrição, são suscitadas questões como as discussões acerca da relação profissional de saúde-paciente na prática clínica.

Demétrio et al. (2011) constata que a dimensão humana, vivencial e psicossociocultural da doença, bem como os padrões e as variabilidades na comunicação verbal e não verbal precisam ser considerados no processo relacional entre o profissional da saúde e os usuários. O estabelecimento de relações de confiança, respeito e reciprocidade entre nutricionista e paciente deve permear as práticas de atenção à nutrição e à saúde no intuito de ampliar a sua humanização e o vínculo terapêutico.

Neste sentido, o nutricionista é o profissional no campo da saúde habilitado para contribuir de maneira benéfica no que se refere aos projetos terapêuticos. Sua presença no PTS reforça a integralidade da atenção. Com efeito, por meio de uma prática humanizada, o nutricionista pode ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

Como profissional da área da saúde e reintegrando as práticas alimentares ao conjunto de experiências, saberes e intervenções voltadas ao atendimento das necessidades sociais dos indivíduos e grupos sociais, o nutricionista pode avançar na construção de uma proposta de atuação capaz de contribuir para a redução das iniquidades em saúde e a garantia

da qualidade de vida. A escolha de novas ferramentas metodológicas deve penetrar na formação e no exercício profissional, tendo por intuito romper a fragmentação tecnicista tradicional e promover a integralidade, a intersectorialidade, a equidade e a participação social (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

Silva et al. (2013) asseveram dizendo que a necessidade de trabalho multiprofissional nos cuidados com a saúde é reconhecida por todos, e vem sendo incorporada de forma progressiva na prática diária. Treinados durante a formação para atuar individualmente, os profissionais de saúde vivem uma fase contraditória em que mesmo sabendo o que é melhor, veem-se com dificuldades e pudores para definir limites, intersecções e interfaces. Os autores ainda esclarecem que o trabalho da equipe multiprofissional contribuirá para oferecer ao paciente e à comunidade com uma visão mais ampla do problema, dando a ela conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida e adesão real ao tratamento proposto. Dentre as principais vantagens da atuação multiprofissional estão: um maior número de indivíduos atendidos; melhor adesão ao tratamento. Cada paciente poderá ser um replicador de conhecimentos e atitudes, favorecendo ações de pesquisa em serviço, entre outros.

A concepção da clínica nutricional ampliada é uma temática nova para o campo da nutrição, sobretudo da nutrição clínica. Diante do processo de reformulações nos cenários de práticas em saúde no âmbito do SUS, esse tema instiga substancial interesse na produção científica, na formação e na prática clínica do nutricionista com a aplicação de competências comunicacionais e a ampliação do olhar técnico-nutricional perante o processo saúde-doença-cuidado, que podem contribuir para a reconfiguração da relação nutricionista-paciente a fim de ampliar sua humanização (DEMÉTRIO et al., 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DE ESTUDO

Este trabalho faz-se a partir do relato de experiência vivenciada pela autora enquanto acadêmica de Nutrição e bolsista de extensão do Projeto Práticas de Extensão na Saúde Coletiva (PESC). O PESC possibilitou atividades que promoveram educação em saúde entre docentes, discentes, profissionais de saúde, usuários e familiares. Também proporcionou um saber fazer consciente, crítico, transformador e humanizador.

As atividades foram realizadas durante o ano de 2012, no intervalo de abril a dezembro, sob a supervisão do coordenador do Projeto, docente do Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), na UBISF, no bairro São José no município de João Pessoa-Pb.

Dentro do universo que o Projeto abarca executaram-se com maior frequência e objetividade as Visitas Domiciliares (VD) que foram realizadas semanalmente. Os registros destas vivências foram feitos através da transcrição das mesmas.

A metodologia foi estabelecida com base nos objetivos do Projeto Terapêutico Singular que é um conjunto de propostas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, desenvolvido em espaços de atenção à saúde como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando os aspectos além do diagnóstico e da medicação no tratamento dos usuários. O PTS firmou-se em quatro pilares cruciais para o seu desenvolvimento: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidade e reavaliação.

Foram desenvolvidas no Diagnóstico a avaliação e problematização dos aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, buscando facilitar uma conclusão, ainda que provisória, a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Este momento foi considerado importante, pois, possibilitou uma leitura mais singular da situação de cada sujeito individual ou coletivo, enfrentando de certa forma as insuficiências da generalização do conceito de risco. Nessa etapa a equipe procurou compreender como o sujeito singular se coproduzia diante da vida e da situação de adoecimento. Como operavam os desejos e os interesses, assim como o trabalho, a cultura, a família e a rede social.

A fase seguinte foi a Definição das metas, nela buscou-se atuar sobre os problemas. A equipe trabalhou as propostas de curto, médio e longo prazo que seriam

negociadas com o sujeito “doente” e as pessoas envolvidas. A negociação foi intermediada pelo profissional de referencia e também pelo ACS, que era o membro da equipe que tinha um vínculo melhor com os usuários.

Após definirmos as metas, partimos para a Divisão de responsabilidade, etapa na qual foram definidas as tarefas de cada um com clareza. Por ser uma estratégia que favorece a continuidade e articulação entre formulação, ações e reavaliações, escolheu-se um profissional de referência, o qual se manteve informado do andamento de todas as ações planejadas no projeto terapêutico. Esse profissional acionou a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)² nos casos necessários e também articulou grupos menores de profissionais para a resolução de questões pontuais surgidas no andamento da implementação do projeto terapêutico. E, finalmente, chegamos à Reavaliação que foi o momento em que se discutiu a evolução e se fez as devidas correções dos rumos tomados.

Também se buscou somar ao PTS as observações de Haguete (1990; 2005) que define a pesquisa qualitativa como: a) um processo concomitante de geração de conhecimento por parte do pesquisador e do pesquisado; b) um processo educativo, que busca a intertransmissão e compartilhamento dos conhecimentos já existentes no pesquisador e no pesquisado; e, por fim c) um processo de mudança que já ocorre durante a pesquisa (mudança imediata) e um outro que se projeta e supera o âmbito e a temporalidade da pesquisa e busca mudanças ou transformações em favor da população e dos desfavorecidos. Uma pesquisa (ação) voltada para as necessidades básicas do indivíduo, que responde especialmente às suas necessidades, levando em conta, suas aspirações e potencialidades de conhecer e agir (HAGUETTE, 1990; 2005).

A sistematização da experiência aconteceu mediante a articulação entre o projeto e a extensionista, seguida do encadeamento entre extensionista, agente comunitário de saúde e parte da equipe da UBISF, com a intenção de se discutir os casos clínicos específicos que necessitavam de um apoio para além da consulta e da visita domiciliar. O Projeto enfocou em como se deve refletir e atuar de maneira acolhedora em cada situação, no que diz respeito aos fatores sociais (econômicos, espirituais, culturais), aos recursos disponíveis na residência, às

² O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de saúde da família e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da saúde. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da saúde da família e entre a própria equipe, incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além da humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

condições de higiene e de segurança e o grau de esclarecimento da família com o intento de facilitar a abordagem e o acompanhamento de cada indivíduo/família, considerando também as possibilidades e as potencialidades da UBISF São José e do sistema municipal de saúde.

O processo de escolha dos casos clínicos aconteceu da seguinte maneira: após o acolhimento a extensionista articulou com os ACS's a identificação dos pacientes elegíveis para a atenção domiciliar, classificando a partir da complexidade e a necessidade de abordagem desses pacientes. Após a escolha dos casos mais complexos, realizaram-se as primeiras visitas, a partir das quais foi elaborado um plano de cuidados para cada paciente contendo as condutas propostas, os serviços que precisavam ser acionados, a periodicidade das visitas, a previsão do tempo de permanência, o papel de cada membro da equipe e o profissional de referência.

As visitas domiciliares aconteceram semanalmente nas manhãs de terças-feiras, no horário das 08hs, logo depois do acolhimento na Unidade. Em ocasiões distintas, foram realizadas três visitas domiciliares, que possibilitaram a coleta de dados por meio de entrevistas feitas com usuários e familiares. Foi feita uma anamnese, para em seguida, se fazer a intervenção. A anamnese permitiu que os profissionais reconhecessem as singularidades dos *sujeitos* envolvidos e os limites das classificações diagnósticas. Na medida em que a história clínica destes trouxe para perto dos sintomas e queixas elementos da vida dos *sujeitos*, permitindo que houvesse um aumento da consciência sobre as relações das queixas com a sua vida.

A partir da análise dessas informações, elencamos os problemas e buscamos na literatura dados da patologia, medicações, tratamentos atuais e outras dúvidas demandadas pelos usuários. Também elaboramos, junto à equipe de saúde e aos usuários, as metas a serem alcançadas, bem como o plano de cuidados. O PTS foi apresentado aos usuários e familiares, para que fosse validado a partir de suas análises e fizessem as considerações que julgassem pertinentes, pois, sabe-se que para efetivação do tratamento é primordial que o usuário e a família participem do processo.

Foram escolhidos, para a reunião do PTS, os usuários e famílias em situações mais graves ou mais difíceis. Vale dizer que o aspecto mais importante em relação à reunião da equipe foi o vínculo dos membros da equipe com o usuário e a família. Cada membro da equipe, a partir dos vínculos que construiu, trouxe para a reunião diferentes aspectos e recebeu tarefas divergentes, de acordo com a intensidade e a qualidade desse vínculo.

Dessa forma, o PTS atuou como importante ferramenta tecnológica expondo a necessidade da inserção do nutricionista como integrante fundamental na Atenção Básica à Saúde e na composição dos Projetos Terapêuticos Singulares para promover saúde aos usuários que integram a UBISF.

É importante dizer que por se tratar de um relato de experiência de ensino-aprendizagem, não houve a necessidade de seu encaminhamento para o Comitê de Ética em Pesquisa, previsto na Resolução n. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

3.2 ESTRUTURA DO LOCAL DE ATUAÇÃO DO PROJETO

A Unidade Básica Integrada de Saúde da Família (UBISF) São José localiza-se na Rua Vigolvinho Florentino da Costa, s/n, Bairro Manaíra, João Pessoa – PB.

A UBISF São José é integrante do Distrito Sanitário V e composta por quatro UBS's. A Unidade funciona, também, como campo de estágio das disciplinas Prática em Saúde Coletiva e Estágio Supervisionado III (Saúde Coletiva), do Curso de Graduação em Nutrição, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Nela também funcionam projetos de extensão, dentre eles o projeto PESC-UFPB pelo qual, proporcionou este relato de experiência.

Quanto à estrutura física é composta por: Recepção; Sala de Nebulização/Nutrição; Sala de Marcação de exames; Sala de Reunião; Sala de Imunização; Sala de Coleta; Sala de Observação; Sala de Citológico; Sala de Apoio. Quatro Consultórios Odontológicos, quatro consultórios de Enfermagem e quatro consultórios Médicos; Farmácia; Almoxarifado; Espaço de Acolhimento e realização outras atividades; Quatro banheiros; Copa; Higienização; Expurgo; Depósito de material de limpeza e Centro de material e esterilização.

Cada equipe é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis ACS's, uma equipe de saúde bucal com um dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Integra também à UBS um apoiador técnico, um apoiador administrativo, dois recepcionistas, três marcadores, três auxiliares administrativos, um agente administrativo, três auxiliares de limpeza, dois seguranças, duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira, um médico, uma psicóloga e atualmente uma nutricionista. Ao todo, a Unidade é composta por 65 profissionais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CONSTRUÇÃO DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES

4.1.1 CASO CLÍNICO 1

Por volta das oito horas da manhã de uma terça-feira, em companhia de um agente comunitário, a extensionista iniciou as visitas domiciliares. A primeira visita estava programada para uma senhora idosa que morava sozinha há muito tempo.

Ao chegar à residência, deparamos-nos com a dona da casa, e, como já se esperava, ela estava só. Apesar dessa realidade, a senhora aparentava ser uma pessoa que gostava muito de receber visitas e também de conversar. Pôde-se perceber também que ela ficou bastante alegre com a presença da equipe sendo muito receptiva à nossa visita.

No momento da anamnese, a paciente nos contou que se sentia infeliz e solitária. Por isso a escuta fez-se importante, pois nos proporcionou conhecer a singularidade e contexto de vida daquela senhora, seu temperamento, seus hábitos, queixas, medos, raivas e a sua rotina de sono. Com relação à estrutura física do domicílio, pelo fato da comunidade ser um lugar com pouca, ou quase nenhuma infraestrutura, observamos que a casa era muito simples, de tijolos e piso de cimento, porém aparentava ser um lugar higienizado.

Nesse primeiro contato, a usuária contou-nos sua história de vida. Disse-nos que desde pequena viveu com dificuldades, falou-nos que fumava desde a sua infância. Contou-nos também dos seus problemas de saúde. Ela é uma pessoa portadora das doenças crônicas não transmissíveis como diabetes e hipertensão. Disse que sentia dores nas articulações e não tinha o sono preservado. Observamos numa leitura antropométrica e visual que a paciente se encontrava edemaciada, possivelmente, por causa dos seus problemas de saúde ou mesmo dos medicamentos que fazia uso. Ao mesmo tempo em que a conhecíamos, descobríamos que a usuária se mostrava uma pessoa cheia de hábitos arraigados, infeliz com o que o envelhecimento lhe trouxera.

Estivemos com ela em mais dois momentos distintos. No segundo encontro a usuária ainda deambulava. Mostrou-se alegre com a nossa visita, nos relatou que preparava suas próprias refeições bem cedo e como não gostava de estar só, ficava boa parte das manhãs e das tardes na calçada de sua casa para ver as pessoas caminhando e quando já era noite, entrava para assistir televisão, pois, gostava de acompanhar as novelas.

Nosso terceiro encontro se deu logo depois que a usuária havia voltado do hospital. Ela se encontrava bastante debilitada, pois havia sofrido um acidente doméstico e fraturado a região do ombro. A senhora nos contou que após o acidente, havia sido levada ao Hospital Ortotrauma no bairro de Mangabeira onde ficou hospitalizada por cerca de dois meses. A usuária afirmou com propriedade que durante o tempo de internação não foi assistida adequadamente, a cirurgia que deveria ser feita em seu braço foi agendada e cancelada inúmeras vezes, esse fato fez com que ela se desgastasse e desistisse da internação, fazendo-a voltar para casa com o braço imobilizado, sem solucionar seu problema.

A necessidade que ela enfrentava, de certa forma, reaproximou-a dos familiares (filhas e netos). Na ocasião da visita, havia três de seus netos presentes, no entanto, nenhum deles tinha noção dos problemas que ela enfrentava, desconheciam, inclusive, os medicamentos utilizados por ela. Algo que atraiu nossa atenção foi já pela manhã, os netos da usuária estavam bebendo e perceptivelmente sob o efeito do álcool. Algo que deduzimos foi que presumivelmente, eles estavam na casa da avó apenas para fazer-lhe companhia, pois não demonstravam muito interesse de ajudar a avó. Quem estava preparando as refeições eram suas três filhas que se reversam entre si para dar um pouco de assistência à mãe, e dependendo da disponibilidade delas, as tarefas domésticas eram executadas.

A usuária nos revelou que continuava sentido dores nas suas articulações, contou-nos que não estava se alimentando da forma que julgava adequada, não tinha apetite e estava se medicando por conta própria com medicamentos fornecidos por uma candidata ao cargo de vereadora. Uma vez que não estava em condições de se deslocar, e estava desassistida pelos serviços da atenção à saúde. A usuária pediu ao ACS que solicitasse uma consulta com a médica da UBISF por meio de uma visita domiciliar.

4.1.1.1 CONDUTA NUTRICIONAL TERAPÊUTICA

Ao tomarmos conhecimento das carências daquela usuária, foram colocadas em prática as medidas entendidas na reunião da equipe como cabíveis, e que poderiam, naquela circunstância, serem realizadas. Inicialmente, conversamos sobre a paciente com os familiares, para juntos analisarmos a situação atual em que eles se encontravam. Essa atitude foi feita na tentativa de criar uma nova consciência e estimular o senso crítico nos mesmos. Da maneira mais simples, tentamos mostrar-lhes o quanto é importante preservar e cuidar da saúde.

Buscou-se um diálogo sobre os malefícios e prejuízos que o tabagismo e o alcoolismo causam à saúde e ao indivíduo. Nessa questão, foi encontrada certa resistência por parte dessa família, visto que, esses hábitos, além de presentes estavam arraigados na vida deles há anos, tornando-se algo difícil de renunciar.

Tentou-se levar para o diálogo um conceito ampliado de saúde que tem como pano de fundo a consecução de um nível ótimo de vida e saúde a partir da compreensão de que este nível de saúde inicia-se com a consciência do autocuidado e de atitudes que considerem a prevenção antes da necessidade de se ter que tratar danos ou agravos à saúde. Mas, cedo se pode ter presente a dificuldade de implementar a concepção de promoção da saúde definida pela Carta de Ottawa, quando discorre sobre o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

Em vista das necessidades terapêuticas da usuária, os serviços de saúde da unidade foram acionados para a realização dos exames e encaminhamentos necessários. A UBISF ao ter uma percepção do caso clínico, reagiu de forma a tentar atender ao plano terapêutico, adotando medidas adequadas para melhorar o estado de saúde da paciente. Também foram desenvolvidas ações de educação e vigilância à saúde com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças, adicionando ao cotidiano da usuária algumas ações relativas às políticas públicas saudáveis, na tentativa de criar um ambiente favorável à saúde da mesma.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a conduta terapêutica nutricional utilizada foi além da dieta. Com cautela, orientamos a usuária sobre as práticas alimentares saudáveis, mostrando para ela os benefícios que esse proceder traz. Trabalhamos ainda a reeducação alimentar, o modo e as quantidades precisas de ingestão para atender as suas necessidades calóricas e exprimimos quão relevante seria a mudança de hábitos que interferiam negativamente na sua qualidade de vida.

Com esforços tentaram-se inserir a usuária na participação dos programas de apoio para idosos que funcionavam nas dependências da UBISF. Havia dois grupos que funcionava para a faixa etária da paciente, o grupo do HIPERDIA, que além de promover saúde, trabalhava dentro da interdisciplinaridade, buscando o desenvolvimento das habilidades pessoais dos usuários através de atividades desenvolvidas e o grupo de atividade física e ajuda psicológica que acontecia semanalmente na Unidade.

Com essas ações terapêuticas boa parte dos problemas de saúde da usuária, principalmente os não crônicos poderiam ser sanados, visto que, ao participar dos grupos de apoio ao idoso na UBISF, a usuária estaria interagindo com outras pessoas e não se sentiria mais tão solitária, o que lhe geraria bem estar, fazendo com que ela se sentisse motivada para seguir tanto a dieta como todas as recomendações ofertadas pela equipe, visando melhorar seu estado de saúde e sua qualidade de vida.

Infelizmente dado ao caráter semestral das atividades e a temporalidade da bolsa do Projeto de Extensão e outras dificuldades de cunho pessoal não foi possível seguir a longitudinalidade das ações.

4.1.2 CASO CLÍNICO 2

Em uma manhã de terça-feira, por volta das oito horas, em conjunto com uma ACS, a extensionista realizou mais uma visita domiciliar por meio da qual pôde conhecer, um pouco mais, o contexto dos usuários dos serviços de saúde, bem como suas condições de vida, de moradia e suas relações familiares. Nessa ocasião, a visita foi feita a uma família que era composta pela matriarca, duas filhas adultas jovens e cinco netos ainda crianças.

Observou-se que essa família sobrevivia em condições extremamente adversas, pois, a estrutura física da sua residência era muito precária. O domicílio foi construído no cume de um beco estreito, inclinado, e muito próximo a um matagal. A casa foi construída com tijolos, não tinha piso e o chão era de areia. Os únicos móveis existentes na sala eram uma mesa, um sofá velho e uma televisão que ficava em cima da mesa.

A moradia não apresentava boa infraestrutura, ou seja, sem saneamento básico ou condições higiênico-sanitárias adequadas e necessárias para a sobrevivência de uma família. Enfim, as condições de moradia daquele lugar mostraram-se impróprias para habitação e apesar de o ambiente interno da casa aparentar asseio, isto é, o chão limpo sem nenhuma sujeira. A aparência das crianças era contraditória, pois, as mesmas pareciam estar resfriadas, tinham secreção escorrendo pelo nariz e as unhas sujas. Ademais, ninguém nesta família trabalhava, ficando assim o sustento deles apenas por conta da aposentadoria que a mãe recebia e pela ajuda custeada pelos programas do governo.

Assim, nesse contexto, o que aguçou nosso olhar terapêutico foi a história de vida de uma das crianças residentes daquela casa. Um garoto que no momento da atuação da pesquisa tinha nove anos de idade. E mesmo com tão pouco tempo de existência, essa criança

já apresentava uma história de vida árdua e comovente. Notamos que as tias da criança aparentavam não simpatizar com ele, e por este motivo, o tratavam com indiferença, de modo que no tempo em que passamos na residência, presenciamos maus tratos verbais a ele dispensados.

Nas visitas seguintes ficamos sabendo um pouco mais da história daquela família e a dura realidade daquele garoto que começara antes mesmo dos seus cinco anos de vida. Ele havia adoecido gravemente e precisou ser hospitalizado. Nas dependências do hospital, a criança foi diagnosticada como insulino dependente. Quando a mãe do menino teve conhecimento do seu diagnóstico, decidiu que não estaria disposta a cuidar dele, por isso, basicamente o abandonou, deixando-o à mercê da própria sorte, desaparecendo sem deixar explicações ou justificativas.

A avó do menino não nos contou muitos detalhes em relação ao abandono, por esta razão, não sabemos ao certo o que motivou e levou a mãe do garoto a ter esta atitude, mas, podemos inferir que talvez ela não tivesse conhecimento da doença e acreditasse ser algo impossível de se conviver, ou então ela estivesse com medo de não conseguir auxiliar seu filho ou até mesmo a consciência de não ter recursos financeiros ou condições psicológicas para criá-lo nessas circunstâncias.

O fato é que duas semanas após o abandono, sem saber ou ter conhecimento da situação em que seu neto se encontrava, sua avó materna foi visitá-lo. No momento da visita ela tomou conhecimento da causa e descobriu que o conselho tutelar já estava prestes a levar seu neto, então ela assumiu a responsabilidade perante a lei de ser a cuidadora dele.

Um fato bastante crítico, no que se refere à saúde do usuário, é que por ele por ser insulino dependente, necessitava de uma alimentação diferenciada, quer dizer, uma alimentação que fosse adequada às suas necessidades físicas e que contribuísse para o controle de sua afecção, todavia, ele dispunha de uma realidade triste, devido à condição de baixa renda. As refeições naquela residência concentravam-se em um único alimento, o cuscuz. Isso acontecia todos os dias nos horários do almoço e no jantar e por vezes até no café da manhã. Isso pode ser explicado por causa do baixo custo do produto que custa bem menos do que o arroz, do que o feijão e do que os outros alimentos, o “fubá”, como é chamado popularmente, era comprado em grande quantidade.

4.1.2.1 CONDOTA NUTRICIONAL TERAPÊUTICA

Observamos que o usuário precisava de atendimento nutricional, médico, odontológico e principalmente psicológico. Todos esses cuidados não deve-se dar somente pelos acontecimentos desde o abandono, mas principalmente pela realidade em que ele estava inserido. A presença da agente comunitária de saúde neste caso foi relevante porque foi ela quem intermediou as primeiras interações entre a criança e família e a equipe de saúde da UBISF. Por sua vez, a equipe de saúde da Unidade, não mostrou resistência ao plano terapêutico e dentro das suas possibilidades, revelou-se disposta a ajudar no que fosse preciso para atender ao caso.

Quanto ao exame antropométrico, a criança apresentou certo grau de magreza e tinha uma ascite considerável. Ele também apresentou certa deficiência na comunicação, mostrando-se uma criança muito tímida e retraída. Isso foi ficando mais nítido a cada momento em que tentamos interagir. Não correspondia. Por vezes, dava um sorriso acanhado, mas quase sempre de cabeça baixa.

Nesta perspectiva, Bizzo (2005) comenta que a promoção de saúde entre as crianças maiores de cinco anos de idade habitualmente não é prioridade nas políticas de saúde oficiais, porém, em particular no ambiente escolar, não obstante requeiram intensivas ações nesse sentido, incluindo programas educativos em nutrição.

Porém, na condição de saúde em que o usuário encontrava-se a intervenção era considerada como urgente. Tornava-se preciso que fosse feito algo além de atividades educativas na escola, eram necessárias medidas mais específicas. E com a construção do vínculo que foi criado com essa família, tivemos a oportunidade e liberdade de expor e indicar o caminho que julgávamos importante para propor cuidados que se adequassem à realidade em que eles viviam.

A conduta terapêutica neste caso clínico foi igualmente a de em primeiro lugar contatar com os serviços oferecidos pela UBS. Em seguida, a criança foi encaminhada para os serviços médicos a fim de realizar os exames específicos, principalmente com o intuito de saber o que originou a ascite, visto que essa condição (sinal/sintoma) pode acontecer por fatores diferenciados. O usuário também recebeu atendimento odontológico presente naquela Unidade. E também foi assistido por profissionais externos quanto à questão psicológica.

Como sabemos a família do usuário não possui condições financeiras favoráveis, isso ficou perceptível também pelo fato de o alimento principal deles ser apenas o cuscuz.

Aqui vale salientar que esse alimento traz complicações para o diabético uma vez que o mesmo possui um alto índice glicêmico. Sabe-se que alimentos com essa característica não são recomendados para insulino dependentes, já que, sua ingestão contribui para uma maior liberação da insulina, fazendo com que ocorra, no corpo, resistência a esse hormônio.

A orientação nutricional é um dos principais aspectos no tratamento do diabetes, sendo a dieta um componente de grande importância para o controle da doença. Pensando assim, nossa conduta dietoterápica dentro das possibilidades financeiras da família foi elaborar um plano alimentar adequado. Nosso objetivo foi auxiliar o paciente a manter a glicemia o mais próximo possível do valor normal, mantendo o peso ideal e atendendo às necessidades de calorias e nutrientes que ele precisava. Como os carboidratos simples são absorvidos mais rapidamente pelo intestino, visamos a uma dieta com maior restrição glicídica.

Inclusive, foi lançada ao usuário a proposta de inserção no grupo de apoio às crianças que funcionava uma vez por semana nas dependências da ESF. Esse grupo tinha o intento de orientar as crianças da comunidade em basicamente todos os sentidos da saúde e para a vida, contribuindo significativamente na formação dos adultos do futuro.

4.1.3 CASO CLÍNICO 3

Costumeiramente, em uma manhã de terça-feira, com o horário aproximando-se das oito horas, extensionista e ACS iniciaram mais uma visita domiciliar. Visita essa que trouxe a oportunidade de conhecimento de uma realidade bem diferente, um tanto complexa e necessitada de uma óptica ampliada e terapêutica sobre o caso clínico que seria apresentado.

Tal família morava na comunidade há anos. A comunidade surgiu como assentamento espontâneo, informal e desordenado de migrantes de baixo poder aquisitivo, que ocuparam sem licença todo o vale às margens do rio Jaguaribe e próximo às encostas. Fato que a enquadrava numa realidade de comprometimento sócio ambiental, em virtude da ausência de investimentos em infraestrutura básica e condições de moradia adequadas à população residente, além dos inerentes riscos de doenças e até de morte.

A estrutura física daquele domicílio era de uma casa construída com as paredes feitas de tijolos, em um espaço consideravelmente amplo quando comparado às outras residências presentes no lugar, tinha piso de cimento e o teto era lajeado. Não chegamos a conhecer todos os cômodos constituintes da casa, conhecemos apenas a sala que apesar das

circunstâncias, aparentava ser um local higienizado. Um detalhe importante sobre aquela comunidade é que sempre que chovia, a água invadia e inundava as casas das pessoas que moravam naquele local.

A visita domiciliar foi designada para uma jovem com idade de vinte e cinco anos, portadora de determinado grau de deficiência mental e neurológica. Sofria frequentes ataques de epilepsia e ainda tinha o seu estado nutricional deveras comprometido, porque a paciente estava classificada nutricionalmente com obesidade grau três, isto é, obesidade mórbida.

Essa jovem era cuidada pela mãe que nos contou das dificuldades e dos desafios que enfrentava diariamente para cuidar de sua filha naquele estado. Declarou-nos que a realidade que enfrentava diariamente era algo muito difícil para ela, tendo em vista que, além da deficiência mental que fazia com que a usuária tivesse seu comportamento e seu humor imprevisíveis, a cuidadora não conseguia “controlá-la” na vida cotidiana.

A cuidadora nos comunicou que outro fator que atrapalhava e prejudicava os seus cuidados era a questão do estado nutricional atual de sua filha, no caso, a obesidade mórbida. Na nossa concepção, a usuária aparentou ser uma pessoa sedentária, parecia ser alguém acomodada e acostumada a ter tudo o que queria em suas mãos. Não sabemos se suas vontades eram feitas por conta do seu temperamento inconstante e imprevisível em relação à deficiência. Especulou-se que a usuária em questão ao ser contrariada, poderia ter um comportamento agressivo. A paciente também demonstrou ser pouco comunicativa, pelo menos conosco, porque desde o momento em que chagamos em sua casa, ela estava deitada em um sofá na sala e pouco respondia quando perguntávamos algo.

Sua mãe nos disse ainda que naquela mesma manhã em que a visitamos a jovem havia comido em seu desjejum quatro pães além dos outros alimentos. A quantidade exagerada de comida a fez vomitar. A cuidadora ainda nos contou que não conseguia controlar o consumo alimentar da filha. Tudo que pedia, em relação aos alimentos, lhe era concedido. De acordo com o nosso entendimento, essa família merecia uma atenção ampliada, atenção esta, que deveria ir além das visitas domiciliares do ACS, do apoio da UBISF, bem como dos serviços da Fundação de Apoio ao Deficiente (FUNAD)³. Essa usuária e sua a

³ FUNAD é uma Fundação criada pela Lei nº 5.208 de 18 de Dezembro de 1989, tendo como atribuição básica habilitar, reabilitar, profissionalizar e inserir no mercado de trabalho, pessoas com deficiência, bem como desenvolver programas de prevenção e capacitação de recursos humanos. Gerencia, ainda, as ações de educação especial em todo o Estado.

família precisavam ser atendidas por uma clínica ampliada, ou melhor, atendidas por um Projeto Terapêutico Singular.

As visitas seguintes foram realizadas e acompanhadas pela extensionista, ACS, médico, dentista e apoiadora da UBISF e também por profissionais integrantes do Centro De Atenção Psicossocial (CAPS)⁴. Nessa feita, a cuidadora e genitora da usuária nos expôs o seu grande desejo que era o de submeter sua filha a uma cirurgia bariátrica. Inclusive, nos momentos em que discutíamos com ela a melhor maneira para a construção do projeto terapêutico, a senhora nos propôs essa possibilidade, alegando que na situação em que a usuária se encontrava, ficava difícil para ela praticar alguma atividade física por conta própria ou participar de algum grupo que desenvolvesse tais ações.

4.1.3.1 CONDOTA NUTRICIONAL TERAPÊUTICA

Já que este era um caso de bastante complexidade e que somente a UBISF como prestadora dos serviços de saúde não teria as condições necessárias para corresponder a todas as necessidades desta usuária, em razão de não possuir profissionais de saúde habilitados para atender todas as demandas, tais como: nutricionista, psicólogo, psiquiatra e fisioterapeuta, compreendemos que era essencial uma articulação e comunicação para construção de uma rede entre a atenção básica e outros dispositivos, como o de saúde mental, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossociais possibilitando ações integradas por equipes do CAPS e da ESF, e uma atuação mais completa, na qual cada equipe pudesse ora ser responsável direto pelo cuidado ou ação produzida, ora corresponsável na tentativa de construir diversos dispositivos capazes de produzir saúde.

Do ponto de vista de Pinto (2011), as modalidades de atendimento no CAPS constituem um universo de prática destinado a dar suporte ao paciente, pois, não envolvem só o tratamento clínico, mas abarca uma compreensão da situação que o circunda, com intervenções cujo objetivo é assegurar sua reinserção no contexto social e familiar.

Neste sentido, buscamos para a usuária um cuidado, que tem, como premissa básica, a humanização da assistência e a integralidade da atenção. A UBISF contou com o auxílio dos profissionais do CAPS, para que juntamente com essa ajuda, o atendimento da

⁴ Os CAPS são unidades de atendimento intensivo e diário aos portadores de sofrimento psíquico grave, constituindo uma alternativa ao modelo centrado no hospital psiquiátrico e permitem que os usuários permaneçam junto às suas famílias e comunidades.

usuária passasse a ser otimizado, pois, a construção no cuidado passaria a ser de modo singularizado, já que a organização do processo de trabalho exigiria ações no sentido de uma dinâmica efetivamente compartilhada em equipe.

Discutimos ainda a questão do desejo que a mãe tinha sobre a usuária realizar a cirurgia bariátrica. Na ocasião da construção do PTS, explicamos para a cuidadora que talvez não fosse interessante uma cirurgia bariátrica, pelo menos naqueles primeiros momentos em que ainda se estava conhecendo a paciente e suas reações, em razão de sabermos que a usuária, por conta dos seus problemas de saúde mental e do descontrole alimentar, precisava ser avaliada de uma forma mais cuidadosa por especialistas nesta área.

Explicamos para a genitora que um paciente ao se submeter ao processo cirúrgico de uma bariátrica, deveria passar por uma mudança drástica nos hábitos alimentares, e no caso dessa usuária, tal mudança precisaria ser bem pensada, uma vez que, em todas as visitas realizadas, o discurso da cuidadora permaneceu o mesmo: a filha não tinha controle sobre o quanto e o que comia. Na oportunidade, esclarecemos para a mãe da usuária que a doença psiquiátrica não era um critério absoluto de exclusão à cirurgia bariátrica, no entanto, pelo fato de os pacientes submetidos a este processo apresentarem quadros de depressão ou por não terem capacidade de compreensão do procedimento cirúrgico, essa decisão não era tão simples de ser tomada. Recomendava-se a realização da cirurgia às pessoas subjugadas a esta patologia. Ainda assim, diante dessas justificativas, foi agendada uma consulta para a paciente, com um médico endocrinologista. Porém, como a extensionista não pode mais acompanhar o plano terapêutico da usuária, também não pôde ficar sabendo qual teria sido o resultado daquela consulta.

A conduta dietoterápica adotada para a usuária a princípio foi ofertar uma dieta equilibrada em qualidade e quantidade, composta das quantias de macro e micronutrientes necessárias para atender a sua demanda energética e também minimizar a questão do alto peso. Os alimentos que foram ofertados no cardápio tiveram a intenção de auxiliar nas questões correspondentes a interação medicamentosa, bem como auxiliar na diminuição dos riscos presentes das comorbidades. Além disso, a cuidadora foi orientada em relação ao comportamento que ela deveria ter para com a conduta nutricional de sua filha.

Algo que vale a pena ressaltar foi que nas reuniões entre a equipe de saúde, buscamos provocar processo de reflexão e mudança das práticas, de forma que o cuidado relacionado as pessoas com transtornos psíquicos pudessem ser tidos como possíveis. Barrense (2010) acredita que tais ações são possíveis se forem realizadas através de um nível

de complexidade que não exige “especialismos”, mas, antes, a disponibilidade e o despertar para potencialidades existentes no modo comunitário de conviver e oferecer atenção, incluindo arranjos coletivos solidários como espaços de possibilidades de estratégias de cuidado.

4.2 VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS

O nutricionista é o profissional de saúde capacitado e habilitado para oferecer um atendimento integral à saúde, promovendo práticas alimentares saudáveis e prevenindo agravos. Além de orientar na dieta, o profissional tem a responsabilidade de monitorar o peso e contribuir para a melhoria na qualidade de vida. Por isto, fortalecer e qualificar o cuidado nutricional no âmbito da Atenção Básica é uma forma econômica, ágil, sustentável e eficiente de prevenir a ocorrência de novos casos de doenças do que referenciá-los para o serviço hospitalar, num futuro próximo em decorrência de suas complicações.

Nessa perspectiva, o Projeto Terapêutico Singular é considerado como estratégia primordial na ABS, já que suas ações influenciam positivamente na qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde, principalmente por atuar através da interdisciplinaridade, incluindo assim os diversos profissionais, dentre eles o nutricionista. Sendo assim, o objetivo desta vivência concentrou-se no olhar terapêutico sobre as visitas domiciliares.

Visando que as visitas fossem produtivas, a triagem e o relacionamento interpessoal entre usuários e profissionais dos serviços de saúde foram de essencial importância. Esse processo de ação recíproca entre duas ou mais pessoas aconteceu principalmente entre o usuário e o ACS. Sabe-se que o ACS tem a função de acompanhar a situação de saúde das famílias, principalmente aquelas que estão expostas a situações de riscos, bem como transferir à equipe as necessidades de sua comunidade, além de ser o membro da equipe que funciona como elo permanente entre as famílias, a comunidade em geral com a própria ESF. Conjuntamente às ações do ACS, esperou-se que os profissionais fossem capazes de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, envolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

No cerne da discussão, Azeredo (2007) corrobora essa ideia ao fundamentar que o acompanhamento dos ACS em microáreas selecionadas no território, de responsabilidade das UBS, representa um componente facilitador para a identificação das necessidades e

racionalização do emprego da atenção domiciliar, considerando que esses profissionais observam a situação no domicílio e o comportamento das famílias, conversam com as pessoas para aprofundar o conhecimento sobre a situação observada, orientam sobre atitudes promotoras e protetoras de saúde, encaminham para atendimento programado ou não e informam para os outros profissionais da equipe as situações de maior risco.

Juntamente com os agentes comunitários e integrantes da equipe de saúde como médico, enfermeira, em alguns casos a dentista e outros profissionais que compõem o NASF, a extensionista realizou as visitas domiciliares e teve a oportunidade de conhecer e intervir construtivamente nos projetos terapêuticos singulares. Participar das visitas permitiu adquirir e compartilhar experiências e saberes, tanto o saber popular, quanto o técnico-científico.

As atividades desenvolvidas pela equipe multidisciplinar foram baseadas na identificação dos problemas prevalentes, tendo como referência o perfil epidemiológico, demográfico e social da população. As experiências vivenciadas por meio dos projetos terapêuticos possibilitaram a percepção empírica do impacto positivo na atenção aos usuários. Tal fato evidenciou-se com maior relevância quando se superou a atenção isolada dos atendimentos e se experimentou a construção do cuidado a partir das necessidades do Sujeito.

O acolhimento esteve presente nas relações e encontros, sua existência permitiu a aproximação e o envolvimento, remetendo a uma atitude de inclusão. Carvalho et al. (2012) avigora essa lógica ao dizer que o acolhimento engloba o compromisso de reconhecimento do outro em sua individualidade, como um ser que tem suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seu modo de viver, sentir e estar na vida. Além disso, promoveu a qualificação da escuta, a construção de vínculo e garantia do acesso com responsabilização e resolutividade.

O vínculo dos membros da equipe com o usuário e a família foi um dos aspectos mais importantes nos momentos do encontro para a realização dos PTSs, já que ele alicerçou a criação de uma relação de compromisso entre a equipe, usuário e família, favorecendo uma ligação mais humana e singular. Carvalho et al. (2012) reforça que quando o vínculo criado possibilita uma parceria pautada pela sinceridade e responsabilidade, e permite que seja ofertado um atendimento que abarque as necessidades dos usuários e de suas famílias assumindo caráter de equipe, que, certamente, estará mais sensível à escuta e à identificação de vulnerabilidades e riscos, possibilitando a construção de intervenções terapêuticas que realmente estejam de acordo com as necessidades elencadas.

Depois da escolha dos casos clínicos para as reuniões, iniciaram-se as discussões do PTS. Primeiramente, os casos foram expostos e discutidos nas reuniões de aprofundamento

teórico que aconteciam na UFPB entre extensionista e orientador do projeto PESC. Nessas reuniões foram levantadas diversas possibilidades em busca de melhores soluções. Posteriormente, os casos clínicos foram apresentados e discutidos entre orientador, extensionista e profissionais da UBISF incluindo os apoiadores. Foi a partir das reuniões gerais feitas na UBISF que as metas para cada caso foram definidas.

Logo depois da proposta dos projetos terapêuticos, com os devidos esclarecimentos sobre suas possibilidades, foram divididas as responsabilidades definindo o trabalho a ser elaborado por cada profissional envolvido. Cabendo assim ao profissional, em seu trabalho interdisciplinar, atentar para todas as questões e atuar com vista à integralidade de suas ações, procurando ampliar seu olhar, de forma a identificar em cada encontro, necessidades de vida e saúde singulares e abrangentes.

Vale salientar que na UBISF em questão não havia nutricionista, ficando o trabalho deste profissional ao encargo da extensionista que auxiliada pelo orientador do projeto e professores nutricionistas de sua graduação elaboraram e executaram uma conduta nutricional, terapêutica e eficiente com o fim de melhorar a situação de saúde e de vida do paciente.

Em vista da falta do nutricionista nas UBSs, coloca-se em relevo a importância da inserção deste profissional tornando-se evidente sua necessidade na atenção básica e consequentemente, nos Projetos Terapêuticos Singulares. Fundamentalmente, essa inserção põe a temática da nutrição no cerne das discussões, nos diversos espaços sociais, fortalecendo dessa maneira, esse campo de práticas, pois, a concepção de nutrição clínica ampliada pode contribuir para uma reflexão sobre a ampliação da humanização da relação nutricionista-paciente no âmbito dos serviços de saúde, oferecendo cuidado nutricional de forma integral e qualificado, valorizando o diálogo e a escuta na relação profissional-usuário.

Refletindo especificamente sobre a prática do nutricionista na ABS, a questão intersetorial pode nortear a atuação destes profissionais nos diversos cenários, que ultrapassam o âmbito das unidades de saúde. São inúmeros os espaços nos quais a nutrição pode estar articulada. A partir da intersetorialidade é possível inserir o nutricionista em outros ambientes sociais, como por exemplo, na comunidade. Nesse sentido, Ferreira (2007) corrobora enunciando que as parcerias setoriais, o somatório dos saberes técnicos e populares, a superação do modelo biomédico dominante com a incorporação da visão integral dos indivíduos, assim como, a habilidade técnica dos profissionais, parece ser o caminho para incorporar a nutrição dentro da proposta de promoção à saúde.

Ao serem apresentados os casos para a Unidade, sua reação inicial foi de ajudar da melhor maneira possível na resolução dos projetos terapêuticos, mesmo diante de suas restrições, como a falta do nutricionista, psicólogo e outros profissionais de saúde indispensáveis para complementar à equipe de saúde, os apoiadores ficaram responsáveis de entrar em contato com a equipe do NASF para melhor atender aos seus usuários.

A ausência do nutricionista na UBISF trouxe à tona que no cotidiano dos serviços de saúde há um tensionamento constante entre as demandas feitas pelos usuários e a capacidade de resposta dos profissionais. Essa ausência torna acentuada a realidade em que o número reduzido de profissionais na rede de Unidades Básicas de Saúde implica a necessidade de encaminhamento dos casos para outros níveis de atenção. Daí a importância de organizar e qualificar o cuidado nutricional no âmbito da atenção básica como um todo e não apenas na esfera do NASF.

Apesar dos esforços feitos, algumas dificuldades foram encontradas para se concluir o plano terapêutico. Pelo fato da UBISF estar envolvida em outras responsabilidades, os profissionais não puderam corresponder como se deseja com a conduta terapêutica exigida nos casos clínicos. Contudo, as dificuldades práticas dos projetos terapêuticos não foram constatadas apenas na equipe de saúde, elas também foram destacadas nos usuários dos serviços bem como em seus familiares. A princípio, o plano terapêutico, foi aceito de bom grado pelas partes envolvidas, todavia, no decorrer das ações, os pacientes em alguns momentos mostraram-se resistentes ao tratamento.

Apesar de todos os contratempos ocorridos, os Projetos Terapêuticos Singulares atingiram resultados significativos. Mostrando dessa forma que quando uma equipe de saúde unida no mesmo propósito com sua comunidade se dispõem para trabalhar com estratégias organizadas, consegue-se promover saúde e trazer melhorias na qualidade de vida.

Por meio do fortalecimento das práticas de atenção como a ESF, a inserção e participação do nutricionista na ABS são fortificadas. Tal atuação ainda precisa configurar-se melhor para superar as perspectivas intervencionistas de mudança de hábitos alimentares. Não obstante, a inserção de nutricionistas pode ter o potencial de promover a integralidade, a perspectiva da promoção da saúde e da intersetorialidade e o fortalecimento da cidadania alimentar (NAVOLAR et al., 2012).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender, na prática, as possibilidades de intervenção do nutricionista no âmbito da saúde coletiva, é um exercício interessante. Desvendar as atividades desenvolvidas por esse profissional especialmente no que tange à sua atuação na atenção básica à saúde, é algo bastante relevante e pertinente, pois ajuda-nos a entender as próprias potencialidades da ABS, estratégia de atenção firmada em ações multiprofissionais e interdisciplinares que respaldam e são respaldadas pela ação coletiva.

Durante este trabalho expôs-se e analisou-se as possíveis contribuições do nutricionista nos projetos terapêuticos singulares, e, conseqüentemente, nas ações propostas pelo SUS e pela ABS.

Ficou entendido que o nutricionista desenvolve um papel importante na sociedade o que torna essencial a inserção deste profissional na rede de atenção básica.

Neste sentido, vale a pena propor uma reflexão coletiva sobre o exercício profissional do nutricionista. Tal exercício possibilita ao nutricionista o desenvolvimento das habilidades e competências necessárias à prática multidisciplinar, exigindo uma participação compartilhada e corresponsável.

Dessa forma, o nutricionista desenvolve interações e ações que evitem considerar somente as patologias apresentadas, mas, observam-se também, dentre outros, os fatores sociais e os recursos disponíveis. Além disto, o desenvolvimento para as ações de nutrição e de práticas alimentares saudáveis devem respeitar a diversidade ética, cultural e econômica da população.

A experiência no PESC junto à UBISF demonstrou que existem diversas maneiras de prevenção e promoção à saúde. Dentre estas maneiras está a visita domiciliar. Por meio das visitas, pôde-se conhecer o território, as condições de moradia e estabelecerem-se os diálogos necessários. Foi possível compreender melhor as condições de vida e saúde, as relações familiares estabelecidas na família em função do adoecimento de um dos seus membros, as necessidades e as precauções a serem tomadas para o devido cuidado às pessoas doentes ou acamadas.

Tais dinâmicas abrem espaço para a inserção do nutricionista no planejamento e execução de projetos terapêuticos comprometidos com a gestão da atenção individual e coletiva. Assim, cabe ao profissional, em seu trabalho interdisciplinar, atentar para todas estas

questões e atuar com vista à integralidade de suas ações, procurando ampliar seu olhar, de forma a identificar em cada encontro, necessidades de vida e saúde singulares e abrangentes.

Tendo em vista os aspectos observados, fortalecer e qualificar o cuidado nutricional no âmbito da Atenção Básica é uma maneira econômica, ágil, sustentável e eficiente de prevenir a ocorrência de novos casos de doenças do que referenciá-los para o serviço hospitalar, num futuro próximo em decorrência de suas complicações. Além de outras ações, cumpre ao nutricionista o papel de também identificar e respaldar um padrão que garanta uma vida digna e saudável para a população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, Março / Abril, 2007.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dezembro, 2004.
- AZEREDO, C. M.; COTTA, R. M.; SCHOTT, M.; MAIA, T. M.; MARQUES, E. S. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do programa saúde da família. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 743-753, maio/junho, 2007.
- BARRENSE, D. D. Construindo um projeto terapêutico singular: Uma experiência de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família em Juazeiro-BA. **Trabalho de conclusão de curso** (Especialista em saúde pública). Juazeiro-BA: Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVESF); 2010.
- BIZZO, M. L. G.; LEDER, L. Educação nutricional nos parâmetros curriculares nacionais para o ensino fundamental. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 18, n. 5, p. 661-667, setembro/outubro, 2005.
- BOTTI, N. C. L.; ANDRADE, W. V. A saúde mental na atenção básica – articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. **Cogitare Enferm**. Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 387-394, julho / setembro, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ª Edição. **Série B. Textos Básicos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 40-56, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Versão preliminar. **Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, n. 27, p. 28-29, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências. Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde. **Série F. Comunicação e Educação em Saúde**. 1ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, p. 10-11, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Melhor em Casa: A segurança do hospital no conforto do seu lar. **Cadernos de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, p. 12-13, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 1ª Edição. **Série E. Legislação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 09, 2012.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. Manual de práticas da Atenção Básica. Saúde ampliada e compartilhada. **Caderno de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 817-821, abril, 2011.

CARVALHO, C. A. P.; MARSICANO, J. A.; CARVALHO, F. S.; PIRES, A. S.; BASTOS, J. R. M.; PIRES, S. H. C. S. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arq. Ciência Saúde**. São Paulo, v.15, n. 2, p. 93-5, abril/junho, 2008.

CARVALHO, C. A. F. Humanização da Atenção em Cuidados Paliativos: reflexões sobre a integralidade da assistência. Trabalho de conclusão de curso (Especialista em Saúde Pública). **Universidade Federal de Santa Catarina**. Florianópolis, p. 7, abril, 2012.

CARVALHO, L. G. P.; MOREIRA, M. D. S.; RÉZIO, L. A.; TEIXEIRA, N. Z. F. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O mundo da Saúde**. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 521-525, 2012.

COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de saúde**. Minas Gerais, v. 15, n. 3, p. 7-18, julho / setembro, 2006.

DEMÉTRIO, F.; PAIVA, J. B.; FRÓES, A. A. G.; FREITAS, M. C. S.; SANTOS, L. A. S. A Nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista – paciente: contribuições para reflexão. **Revista Nutrição**. Campinas, v. 24, n. 5, p. 743-763, setembro/outubro, 2011.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V. RODRIGUES, M. A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Pelotas, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FADEL, C. B.; SCHNEIDER, L.; MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, N. A. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de administração pública**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 445-456, março / abril, 2009.

FAVORETO, C. A. O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. *Revista*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, página 100-108, Janeiro / março, 2008.

FERREIRA, V.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1674-1681, julho, 2007.

FILHO, M. B.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-191, 2003.

FONTOURA, R. T. MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Rio Grande do Sul, v. 59, n. 4, p. 532-7, julho/agosto, 2006.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 255-268, janeiro, 2010.

HAFNER, M. L. M. B.; MORAES, M. A. A.; MARVULO, M. M. L.; BRACCIALLI, L. A. D.; CARVALHO, M. H. R.; GOMES, R. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 15, n. 1, p. 1715-1724, 2010.

HAGUETTE, T. M. F. Metodologias qualitativas na sociologia. 10ª Edição. Editora: Vozes Ltda. Rio de Janeiro: Petrópolis, p. 109-170, 2005.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**. Fortaleza – CE, v. 12, n. 2, p. 335-342, março / abril, 2007.

MÂNGIA, E. F.; CASTILHO, J. P. L. V.; DUARTE V. R. E. A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial. **Revista de Terapia Ocupacional**. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 87-98, maio / agosto, 2006.

NAVOLAR, T. S.; TESSER, C. D.; AZEVEDO, E. Contribuições para a construção da nutrição complementar integrada. Comunicação saúde e educação. Santa Catarina, v. 16, n. 41, p. 515-27, abril / junho, 2012.

PEDRAZA, D. F. Nutrição em saúde publica. **Revista brasileira de saúde materno infantil**. Recife, v. 13, n. 3, p. 267-268, julho / setembro, 2013.

PINTO, D. M.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A.; VASCONCELOS, M. G. F.; CAVALCANTE, C. M.; FLORES, A. Z. T.; ANDRADE, A. S. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-302, julho / setembro, 2011.

RODRIGUES, M. P.; LIMA, K. C.; RONCALLI, A. G. A representação social no cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 71-82, janeiro / fevereiro, 2008.

ROSA, L. C. S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em revista**. Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, dezembro, 2005.

SANTOS, L. A. S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 18, n. 5, p. 681-692, setembro/outubro, 2005.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para a visualização dos rumos. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, março / abril, 2007.

SANTOS, A. M. R.; CABRAL, L. A. F.; BRITO, D. S.; MADEIRA, M. Z. A.; SILVA, M. E. D. C.; MARTINS, M. C. C. As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 61, n. 4, p. 441-446, julho / agosto, 2008.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; SEIXAS, C. T.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar como mudança do modelo técnicoassistencial. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, fevereiro, 2010.

SILVA, E. P.; MELO, F. A. B. P.; SOUSA, M. M.; GOLVEIA, R. A.; TENÓRIO, A. A.; CABRAL, A. F. F.; et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. João Pessoa, v. 17, n. 2, p. 197-202, 2013.

SOUZA, A. C.; COLOMÉ, I. C. S.; COSTA, L. E. D.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, agosto, 2005.

SOUZA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1325-1335, setembro / outubro, 2009.

VASCONCELOS, F. A. G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 15, n. 2, p. 127-138, maio / agosto, 2002.

VASCONCELOS, F. A. G. A ciência da nutrição em trânsito: da nutrição e dietética à nutrigenômica. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 23, n. 6, p. 935-945, novembro / dezembro, 2010.